

Evolution de la consommation médicale des personnes âgées¹

Andrée MIZRAHI² et Arié MIZRAHI³

Depuis 40 ans la consommation médicale par personne a fortement augmenté tant en niveau qu'en part de la richesse nationale. Parallèlement la structure des soins et la répartition des dépenses entre les différents financeurs se sont modifiées. Dans ce contexte de transformation rapide, la consommation médicale des personnes âgées s'est-elle distinguée par une évolution spécifique, et si oui, en quoi ? C'est à cette question que nous nous proposons d'apporter quelques éléments de réponse. Après avoir rappelé rapidement l'évolution du secteur dans son ensemble, nous présentons, dans une première partie, ce qui caractérise la consommation médicale et les différents profils de soins des groupes de personnes âgées et très âgées, et, dans une deuxième partie, l'évolution spécifique des soins aux personnes âgées.

Sans revenir sur la question de l'âge de la vieillesse, dont la perception qu'on en a varié selon les circonstances : en-deçà de 60 ans en période de chômage, et au-delà de 80 ans en période de canicule, par exemple, notons que les variations des consommations médicales en fonction de l'âge sont continues et ne permettent pas de dégager un seuil. Les transitions de comportement vis-à-vis des soins sont progressives au cours de la vie.

La consommation médicale – ensemble des dépenses entraînées, tous financeurs confondus (Sécurité sociale, mutuelles et assurances privées, Etat, ménages,...), par l'hospitalisation, les soins de médecins, de dentistes, de sages-femmes, d'auxiliaires médicaux, les analyses biologiques, les cures thermales, les produits pharmaceutiques et les appareils médicaux – atteint aujourd'hui 136 milliards d'euros, soit 2218 euros par personne et par an. Cette consommation médicale représente actuellement 12,9 % de la consommation finale des ménages.

De 1960 à 2002, cette consommation a augmenté tous les ans, elle a été multipliée par 8 en volume, alors que le Produit intérieur brut était multiplié par 3, sa part dans le PIB est passée de 3,5 % en 1960 à 8,9 % aujourd'hui. Cette évolution n'est pas propre à la France, qui occupe selon ce critère le cinquième rang des pays de l'OCDE, et les pays européens qui nous sont proches ont connu des évolutions comparables.

La consommation médicale est en général ventilée selon trois chapitres : l'hospitalisation (1025 euros par personne en 2002), les soins de ville (605 euros par personne) et les biens médicaux dont la pharmacie est le poste le plus important (487 euros par personne).

Ces trois grands blocs ont augmenté, mais leur part respective a varié au cours du temps. L'hospitalisation qui depuis 1960 prenait une part grandissante, passant de 41 % à 55 % en 1982, diminue depuis, elle est actuellement de 44 %. La réduction des durées de séjour et le transfert d'une partie des soins hospitaliers vers l'ambulatoire³ entraînent une diminution de la part des soins hospitaliers, alors que le développement des techniques lourdes nécessitant des plateaux techniques sophistiqués contrebalance ces tendances.

En sens inverse des soins hospitaliers, la part des soins de ville s'est maintenue à peu près constante sur cette période et atteint 26 % aujourd'hui (29 % en 1960). La part de soins de spécialistes a fortement progressé en début de période et celle des auxiliaires en fin de période. La biologie est restée

¹ Nous remercions Guy Bouju pour sa relecture attentive du texte et Aurel Carbutar pour la maintenance informatique

² ARgSES, Arguments socio-économiques pour la santé

³ Notons d'ailleurs que les frontières entre hospitalisation et soins de ville deviennent un peu floues avec les nouvelles formes de distribution des soins, hospitalisation à domicile, de jour, chirurgie ambulatoire...

stable en dépense, mais les baisses de prix relatifs sont considérables et l'évolution de la seule dépense ne permet pas de faire apparaître l'importance grandissante de cette consommation.

Les biens médicaux ont vu leur importance relative décroître en début de période, de 26 % en 1960 à 17 % en 1983, puis augmenter rapidement depuis le début des années 1990 (27 % en 2002) ; là aussi, les baisses de prix relatifs rendent les évolutions difficiles à interpréter.

De nombreux facteurs ont concouru à cette évolution : développement des connaissances médicales et meilleure efficacité des soins, augmentation du nombre de personnes âgées, meilleure protection sociale, élévation du niveau de vie et des normes d'hygiène et de santé, changement de comportement face à la maladie des personnes âgées, tant des personnes âgées elles-mêmes et de leur famille que des soignants.

1. COMMENT SE SOIGNENT LES PERSONNES ÂGÉES AUJOURD'HUI

1.1. Age et consommations médicales

Bien que l'histoire sanitaire de chacun soit unique, l'avancée en âge s'accompagne en général d'une dégradation de l'état de santé et des caractéristiques physiologiques communes marquent le vieillissement. La liaison entre les consommations médicales et l'âge traduit en partie cette détérioration de l'état de santé : ainsi, de même que les quotients de mortalité, la dépense médicale moyenne varie avec l'âge selon une courbe en J, avec un maximum local pour les nourrissons, un minimum pour les enfants puis une croissance continue pour les adultes. A partir de 40 ans, la mortalité et la dépense médicale moyenne augmentent régulièrement, mais à des rythmes différents, d'environ 3,2 % par année d'âge pour les quotients de mortalité (c'est-à-dire que le nombre annuel de décès de personnes de 70 ans par exemple, pour 1000 personnes de cet âge au 1^{er} janvier est supérieur de 3,2 % au même ratio pour les personnes de 69 ans) et de 1,5 % pour les dépenses médicales.

Il faut cependant souligner qu'il s'agit de moyennes et que les soins de certains malades jeunes peuvent entraîner des dépenses considérables, alors qu'en sens inverse, nombre de personnes âgées n'ont recours qu'à peu de soins⁴. Il en résulte que l'âge n'explique que faiblement la consommation médicale au niveau individuel, et, par exemple, la dépense médicale des 10 % des personnes les plus âgées (67 ans et plus), est de 2,5 fois la moyenne alors que la dépense des 10 % les plus gros consommateurs de soins est de 6,2 fois la dépense moyenne

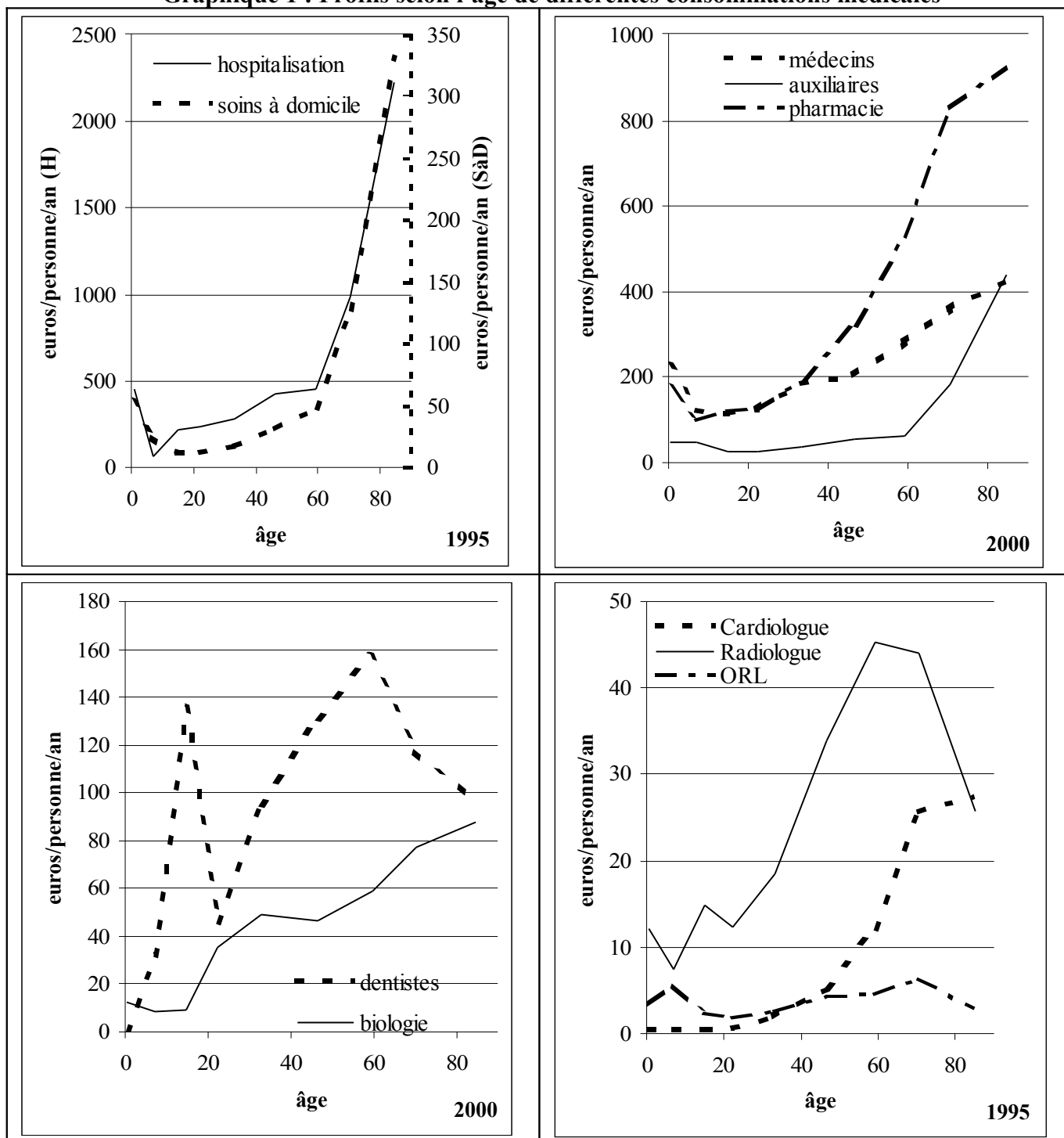
Si les différences en fonction de l'âge sont importantes, elles ne concernent que les moyennes et la variation entre individus d'une même classe d'âge est bien supérieure à celle observée entre les moyennes des classes d'âge. Ainsi parmi les seules personnes de 80 ans et plus, la dépense moyenne des 25 % ayant la plus grosse dépense est 30 fois supérieure à la dépense moyenne des 25 % ayant la plus faible dépense.

Les consommations médicales présentent en fonction de l'âge des profils différents ; l'hospitalisation, les soins au domicile du patient (généralistes et auxiliaires), la pharmacie, la biologie et les appareils augmentent avec l'âge, et très rapidement à partir de 60 ans. Les consultations de généralistes et de spécialistes augmentent continûment avec l'âge, puis stagnent ou décroissent à partir de 80 ans. Une ventilation plus fine des soins de spécialistes fait apparaître des variations contrastées ; ainsi, les soins de cardiologues augmentent continûment avec l'âge, alors que ceux de radiologues diminuent, et de plus en plus vite, à partir de 60 ans ; les dépenses d'ORL ne décroissent que pour la dernière classe d'âge (cf. graphique 1), les dépenses de cardiologues représentent le sixième de celles de radiologues à

⁴ Ainsi, parmi les 100 plus gros consommateurs (sur 9116 observations de l'appariement ESPS-EPAS 2000, Cf. encadré), près des deux tiers ont moins de 65 ans, seuls 36 ont 65 ans ou plus, et 13, 80 ans ou plus. En sens inverse, parmi les 836 personnes n'ayant reçu aucun remboursement de la Sécurité sociale, 6 % ont 65 ans ou plus, dont 1 % 80 ans ou plus.

40 ans et les dépassent au-delà de 80 ans. Les soins dentaires décroissent après 60 ans, mais les soins conservateurs diminuent dès 50 ans (classe 40-54 ans) alors qu'augmentent les dépenses de prothèses.

Graphique 1 : Profils selon l'âge de différentes consommations médicales



source : [6] Soins à domicile = soins d'omnipraticiens, d'infirmiers, de kinésithérapeutes à domicile

Les dépenses liées aux prescriptions des médecins (soins d'auxiliaires, biologie médicale, pharmacie) sont en moyenne doubles des dépenses d'actes médicaux, ce rapport est proche de 1 chez les jeunes ; il augmente avec l'âge et est triple après 80 ans. Après 40 ans la dépense de pharmacie prescrite dépasse celle des actes médicaux, elle atteint le double autour de 65 ans, et, à partir de 80 ans, la dépense en soins d'auxiliaires dépasse celle des actes médicaux.

Les bases de données utilisées

Les enquêtes décennales sur la santé et les soins médicaux (ESSM) de 1970, 1980, 1991 portent sur des échantillons d'environ 20 000 personnes représentatives de l'ensemble des ménages ordinaires de la France métropolitaine. Chaque ménage est suivi pendant 12 semaines et reçoit 5 visites d'enquêteur espacées de trois semaines. La méthode de recueil combine l'interview et le carnet de soins. On relève pour tous les membres du ménage la morbidité, les caractéristiques socio-économiques et les consommations médicales : nature précise du service ou du bien, producteur, motif, contenu, lieu, paiement,...

L'enquête sur la santé et la protection sociale (ESPS). L'échantillon, de 20 000 personnes en 2000, est représentatif des ménages dont un membre au moins est assuré par un des trois grands régimes de Sécurité sociale : salariés, agricoles et indépendants, soit 95 % des ménages ordinaires. Le recueil d'informations combine des entretiens téléphoniques et des questionnaires auto-administrés ; une modalité en face à face est prévue pour les personnes non jointes par téléphone.

Les informations portent sur les caractéristiques démographiques et socio-économiques des membres du ménage, leur mode de protection maladie, les hospitalisations antérieures (6 mois), les maladies et problèmes de santé et les consommations médicales d'un mois, leur nature, le producteur, le prix etc.

L'échantillon permanent d'assurés sociaux (EPAS) résulte d'un sondage aléatoire dans les fichiers des trois grands régimes de Sécurité sociale ; les enregistrements relatifs aux assurés de ce sondage et à leurs ayants droit (prestations, nature des actes, producteur, tarif, etc.) sont centralisés et font l'objet d'exploitations statistiques et d'analyses économiques.

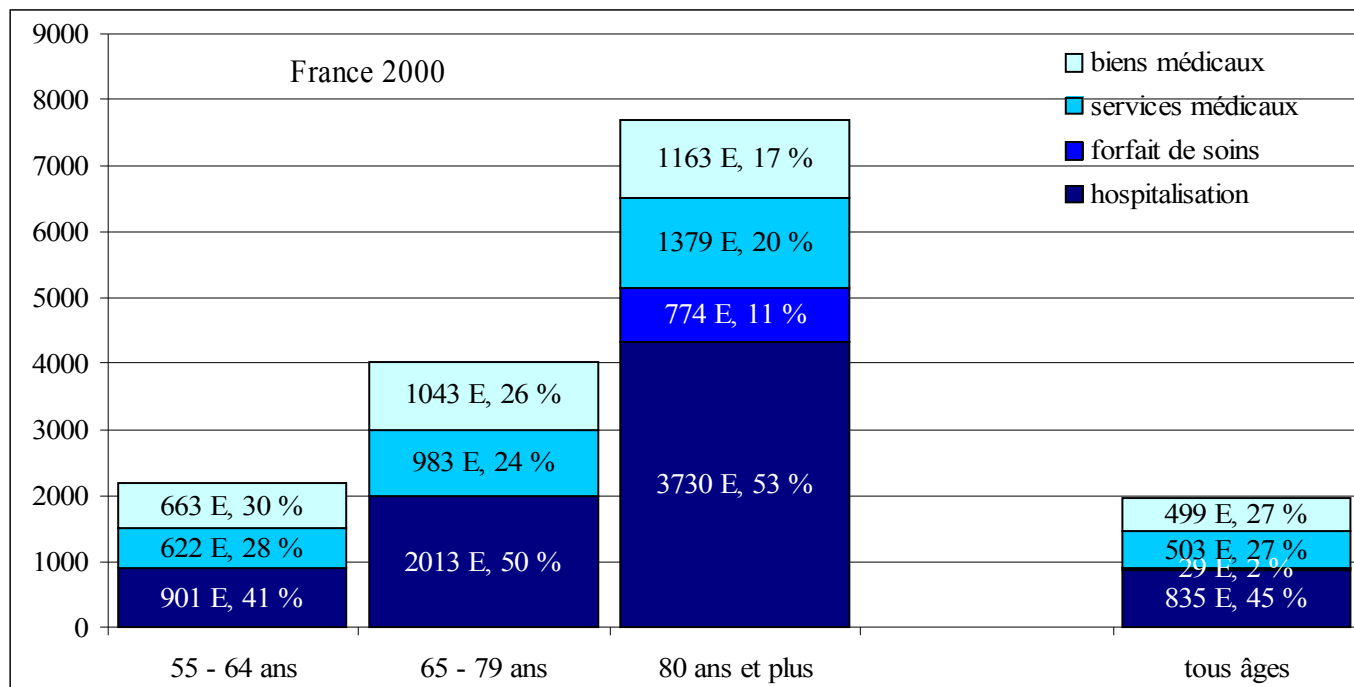
L'appariement entre l'enquête auprès des ménages et les dossiers de l'Assurance maladie consiste à coupler les données de l'enquête auprès des ménages (ESPS) et du sondage dans les dossiers d'assurés sociaux (EPAS), permettant ainsi d'enrichir les données de Sécurité sociale par des informations de caractère épidémiologique et socio-économique. Cet appariement est fait de manière anonyme par une procédure en double aveugle ayant reçu l'aval de la CNIL .

Pour comparer à 30 ans d'intervalle des observations obtenues par des méthodes différentes, nous avons réévalué les différentes consommations médicales par classes d'âge, à partir des profils selon l'âge résultant des enquêtes et des estimations moyennes des Comptes nationaux de la santé, corrigées de l'indice général des prix : les données de 1970, 1980, 1991 et 2000 sont exprimées en « Euros 2000 ».

1.2. Comment se soignent les différents groupes démographiques de personnes âgées

La présentation par groupes démographiques permet de mettre en évidence les traits marquants des variations en fonction de l'âge. Nous avons distingué trois groupes de personnes âgées : le premier, de 55 à 64 ans, encadre le passage à la retraite ; le second, de 65 à 79 ans, correspond à la retraite active, avant l'arrivée de la grande dépendance ; le troisième est celui des personnes les plus âgées, 80 ans ou plus ; comme dans toute partition d'une variable continue, les limites retenues sont en partie arbitraires.

Entre le premier groupe, dont la consommation médicale est proche de la moyenne de la population, et le troisième, la consommation médicale est multipliée par 3,5, et cette croissance s'accompagne d'un changement dans la structure des soins : l'hospitalisation est multipliée par plus de 4, les biens médicaux par 2, et les forfaits de soins en section de cure médicale ou en soins infirmiers à domicile, inexistantes entre 55 et 64 ans, atteignent 11 % de la dépense des personnes les plus âgées (cf. graphique 2).

Graphique 2 : la consommation médicale des personnes âgées par âge selon les grandes composantes

sources : [9], [11]

1.2.1. La transition vers la retraite, 55-64 ans : soins techniques et spécialisés

Encadrant l'âge légal de la retraite (60 ans), cette période marque l'arrêt, progressif ou brutal, de l'activité professionnelle, souvent lié plus ou moins directement à l'état de santé. A cet âge, les personnes ne travaillant pas ont un état de santé plus dégradé et une dépense médicale nettement supérieure à celle des personnes qui travaillent.

Les femmes sont moins souvent hospitalisées que les hommes et leurs dépenses d'hospitalisation sont inférieures d'environ 40 % à celles des hommes. Les recours aux soins se diversifient et augmentent rapidement avec l'âge, pour les hommes surtout, dont la dépense médicale dépasse celle des femmes non seulement pour l'hospitalisation mais pour certains soins de médecins (cardiologue, ORL,...). Les dépenses des femmes restent supérieures à celles des hommes pour la kinésithérapie, l'optique, l'imagerie, les consultations de généralistes, et s'égalisent pour la pharmacie dont la dépense pour les produits prescrits augmente, alors que celles de produits non prescrits stagne. L'observance des prescriptions pharmaceutiques des généralistes est rigoureuse pour près de 9 personnes sur 10.

A cet âge, les dépenses de soins dentaires culminent pour les deux sexes, la dépense des femmes étant largement supérieure à celle des hommes. Le poids des prothèses dans les dépenses dentaires est double de celui des soins conservateurs.

Les hommes sont plus nombreux que les femmes à être pris en charge en hôpital psychiatrique.

1.2.2. L'après retraite, les « jeunes vieux », 65 à 79 ans

Les différentes composantes du système de soins sont mises à contribution et l'éventail des combinaisons est très ouvert : consultations de médecins, généralistes et spécialistes, de différentes spécialités, sont associées aux examens radiologiques et biologiques et à la consommation pharmaceutique. Pour les femmes, les recours aux soins techniques et spécialisés augmentent moins vite qu'aux âges antérieurs, voire diminuent pour l'imagerie ; pour les hommes la croissance se prolonge et les dépenses d'imagerie atteignent leur maximum autour de 70 ans. Les dépenses de

produits prescrits augmentent très rapidement ainsi que les soins infirmiers, la kinésithérapie et les visites de généralistes au domicile, alors que diminuent les dépenses de produits pharmaceutiques non prescrits. Les dépenses des hommes rattrapent celles des femmes, voire les dépassent pour la biologie.

Les hommes ont plus souvent recours que les femmes à des soins techniques lourds à domicile, demandant aide et présence à domicile : chirurgie ambulatoire, traitement et cure ambulatoire (dialyse, chimiothérapie) ; ces soins, ainsi que l'hospitalisation, nécessitent aussi plus de transports sanitaires.

Le pourcentage de personnes soignées en établissement psychiatrique commence à diminuer. Dans les services hospitaliers de court séjour, la part des hospitalisations de moins de 24 heures passe en dessous de 20 % tandis que la durée de séjour s'allonge pour atteindre 8 jours.

1.2.3. Le grand âge, 80 ans et plus

C'est la classe d'âge où de nombreuses personnes commencent à souffrir de déficiences graves, entraînant des modifications, pas toujours volontaires, dans la manière de se soigner ou d'être soigné. Ainsi se déplacer devient plus difficile, la moitié des octogénaires et les deux tiers des nonagénaires souffrent de difficultés motrices, et sept sur huit d'entre eux vivent à domicile ; de ce fait, en cas de maladie, lorsque ces personnes ne sont pas hospitalisées, elles sont soignées à leur domicile par des praticiens qui acceptent de se déplacer, médecins généralistes, infirmiers, kinésithérapeutes. Les recours à ces praticiens et les dépenses correspondantes augmentent de plus en plus rapidement avec l'âge, de même que les consommations ne nécessitant pas le déplacement du patient, comme la biologie, la pharmacie ou les appareils. Au contraire, les soins exigeant le déplacement du patient diminuent ou stagnent, soins dentaires, imagerie, et même les recours aux médecins traitant des maladies augmentant avec l'âge, tels les rhumatologues, les ORL ou les psychiatres. Les hospitalisations dans les services de court séjour se multiplient et la durée de séjour est de plus en plus longue (9 jours). Par nécessité, les personnes deviennent familières du système de soins et y adhèrent fortement, l'observance est maximum.

Pour un nonagénaire, se soigner, c'est être souvent hospitalisé, et lorsqu'il est soigné en ville, c'est de plus en plus des soins d'auxiliaires et de la pharmacie.

1.2.4. L'effet des facteurs sociaux

L'effet des variables sociales est sensiblement le même dans les différentes classes d'âge et les personnes âgées se comportent comme les autres adultes de leur groupe socio-culturel. La dépense médicale globale varie peu selon les groupes sociaux, c'est la nature des soins et la structure de la consommation qui sont différentes.

Les personnes âgées appartenant à des groupes défavorisés (bas revenu, ancien ouvrier ou employé, faible niveau d'instruction) sont plus souvent soignées à l'hôpital, ou à leur domicile par des généralistes et des infirmières ; en revanche, les groupes les plus favorisés (haut revenu, ancien cadre, études supérieures) ont plus souvent recours aux médecins spécialistes libéraux, aux dentistes, à la pharmacie non prescrite et à l'optique. La biologie et la pharmacie prescrite sont également diffusées dans la population.

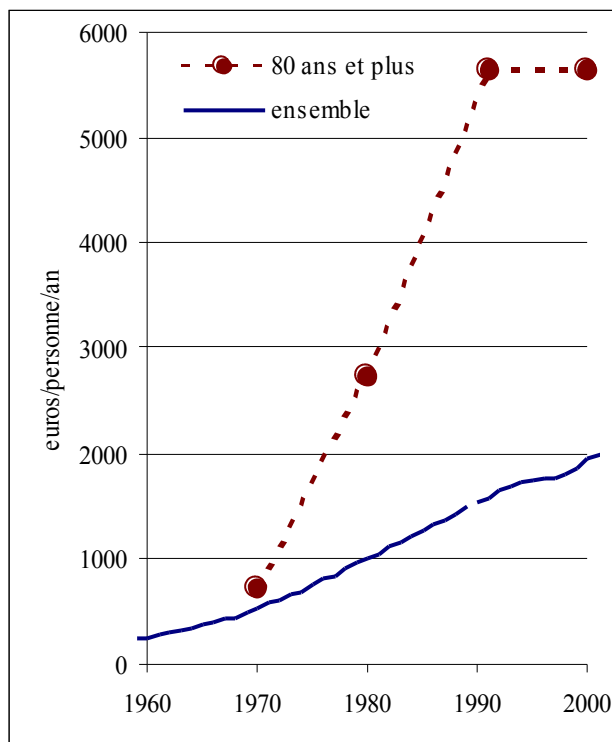
L'effet de ces facteurs sociaux sur la consommation médicale reste faible comparé à celui de la morbidité et de l'âge.

2. EVOLUTION DES PROFILS DE CONSOMMATIONS MÉDICALES PAR ÂGE

2.1. La consommation médicale totale

En 1970, la dépense médicale moyenne des personnes de 80 ans et plus était proche de la moyenne de la population⁵ (Cf. graphique 2) ; entre 1970 et 1991, ces deux variables ont fortement divergé ; en 1980, la dépense médicale moyenne des personnes de 80 ans et plus était deux fois et demie celle de la population, elle l'était trois fois et demie en 1991. Il semble que ce rapport se soit stabilisé entre 1991 et 2000.

Graphique 3 : Dépense médicale totale par personne et par an
(ensemble de la population et personnes de 80 ans et plus)



Cette divergence globale se retrouve pour la plupart des soins, mais dans des proportions différentes. Les profils de consommations selon l'âge ne sont pas immuables ; ils ont varié de manières différentes selon les catégories de soins au cours des dernières décennies, en relation avec l'expansion ou la régression de maladies et avec la diffusion de nouveaux traitements.

A prix constants, la consommation des différentes catégories de soins a augmenté pour toutes les classes d'âge au cours de ces quarante dernières années ; dans cette augmentation générale, l'augmentation de cette dépense a profité plus particulièrement aux personnes les plus fragiles, nourrissons et personnes âgées et surtout très âgées, et l'effet de l'âge sur la dépense médicale totale s'est accentué.

sources : [7], [9], [11]

Alors que l'état de santé se dégrade avec l'avancée en âge, on observait paradoxalement en 1960 et encore en 1970 un ralentissement, voire une diminution de la consommation médicale des personnes les plus âgées ; un rattrapage a eu lieu et le profil des courbes de consommation selon l'âge s'est redressé. Ainsi en 1960 la consommation de soins de ville n'augmentait plus à partir de 60-69 ans et diminuait ensuite, en 1970 ce seuil de retournement était décalé vers la classe d'âge 70-79 ans ; en 1980 la consommation stagnait au delà de 80 ans mais ne diminuait plus au delà ; en 1991 la consommation augmentait constamment et en 2000 cette croissance s'est accélérée pour les personnes de 80 ans ou plus.

Reste le cas des personnes les plus âgées, de 90 ans et plus par exemple, pour lesquelles les tailles restreintes des échantillons ne permettent pas d'estimer des consommations moyennes de manière fiable ; en 1991 et 2000, aucun retournement de la courbe n'apparaît, mais un fléchissement laissant penser que le seuil est, pour ces deux années, au delà de 90 ans. Même si les progrès médicaux reculent les âges limites auxquels certains traitements peuvent être pratiqués, on peut penser que tout

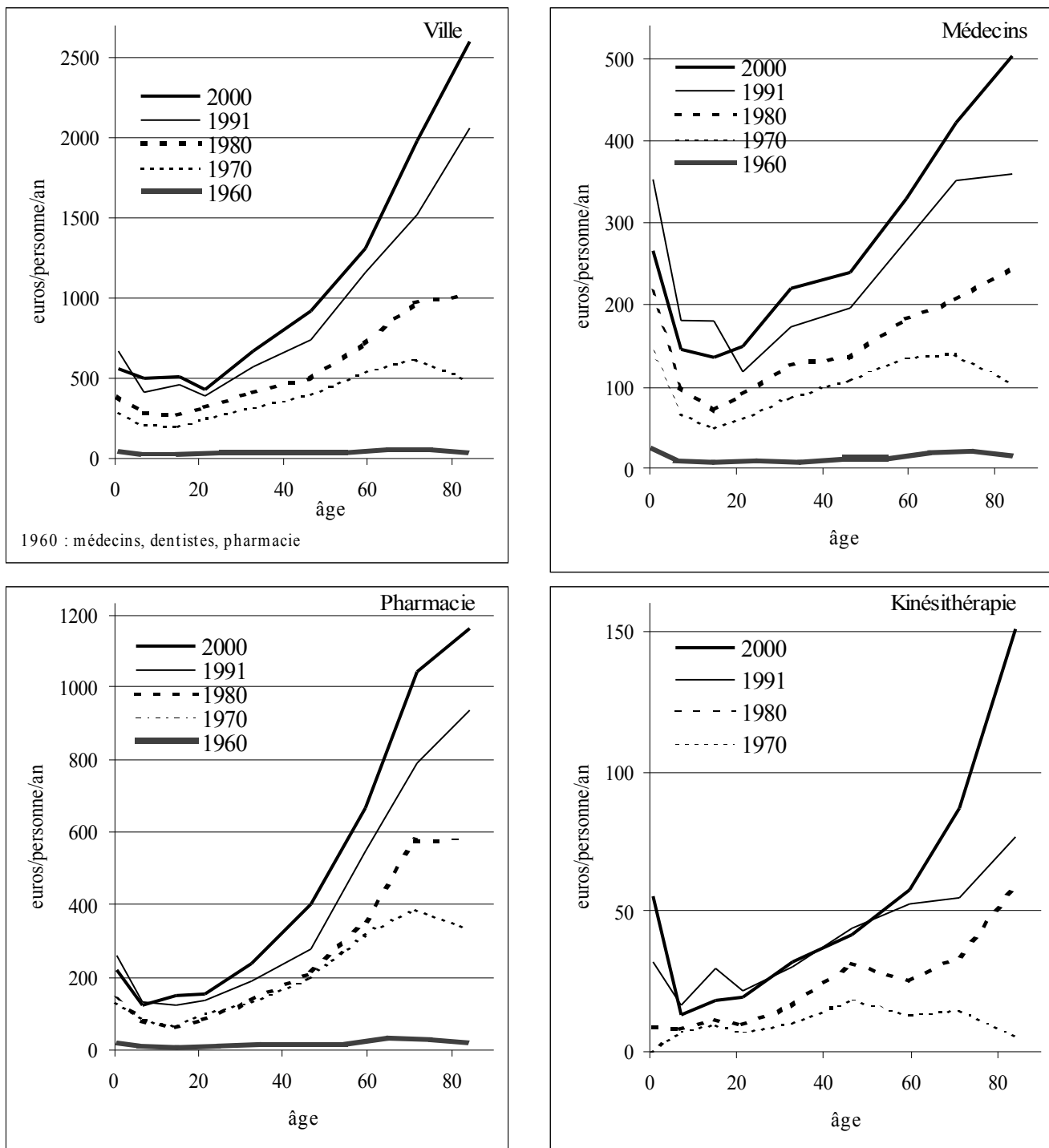
⁵ il semble qu'elle était inférieure en 1960 (pour 1960, les informations portent sur les dépenses de médecins, dentistes, pharmacie).

n'est pas possible à tout âge ; la poly-pathologie et la fragilité des personnes très âgées peut rendre dangereuse la multiplicité des traitements ou certains traitements invasifs ; l'impact sur les dépenses est difficile à estimer.

2.2. Les catégories de soins

Au cours du temps, les soins de médecins, la pharmacie, la biologie et les soins d'auxiliaires ont évolué en fonction de l'âge de la même façon que la consommation médicale (Cf. graphique 4).

Graphique 4 : Variation de différentes catégories de soins selon l'âge et l'année d'observation



sources : [7], [9]

Les soins au domicile du patient, en particulier les visites de généralistes, ont été l'objet de politiques volontaristes pour freiner leur développement ; en 1960 les personnes âgées étaient grandes consommatrices de ce type de soins ; elles le sont encore, quoique ce poste ait considérablement diminué.

Du fait de cette évolution, si en 30 ans (1970-2000), la dépense médicale totale a été multipliée par 3, ce coefficient multiplicateur moyen (tous âges confondus) est différent pour les différentes classes d'âge : de l'ordre de 4 entre 65 et 79 ans, il atteint près de 7 au delà de 80 ans (Cf. tableau 1).

Tableau 1 : Evolution des consommations médicales selon l'âge entre 1970 et 2000
Coefficients multiplicateurs 1= 1970 (prix constants)

	40 à 64 ans	65 à 79 ans	80 ans et plus	Tous âges
Généraliste	1,9	2,3	3,8	2,3
Spécialiste	2,7	4,3	8,3	2,9
<i>Ensemble médecins</i>	2,3	3,0	4,8	2,6
Dentiste	4,5	5,1	19,6	2,3
Infirmier	2,3	7,3	23,7	5,2
Kinésithérapeute	3,3	5,8	26,2	3,7
Biologie	2,8	3,5	10,0	3,3
Pharmacie	2,0	2,7	3,5	2,3
<i>Ville</i>	2,4	3,2	5,4	2,6
Hospitalisation	3,1	7,8	9,8	3,2
Consommation médicale	2,6	4,4	6,8	2,9

sources : [7], [9]

Entre 65 et 79 ans les consommations médicales ont augmenté en 30 ans à des rythmes proches de l'ensemble de la population, sauf l'hospitalisation et les soins dentaires qui ont augmenté plus rapidement. C'est surtout à 80 ans et au delà que l'augmentation depuis 1970 a été plus rapide : pour les soins infirmiers et la kinésithérapie (quasi inexistantes pour les personnes âgées en 1970) avec des coefficients multiplicateurs supérieurs à 20, puis les soins dentaires, essentiellement des prothèses dentaires, la biologie et l'hospitalisation ; les soins de spécialistes ont plus augmenté que ceux de généralistes.

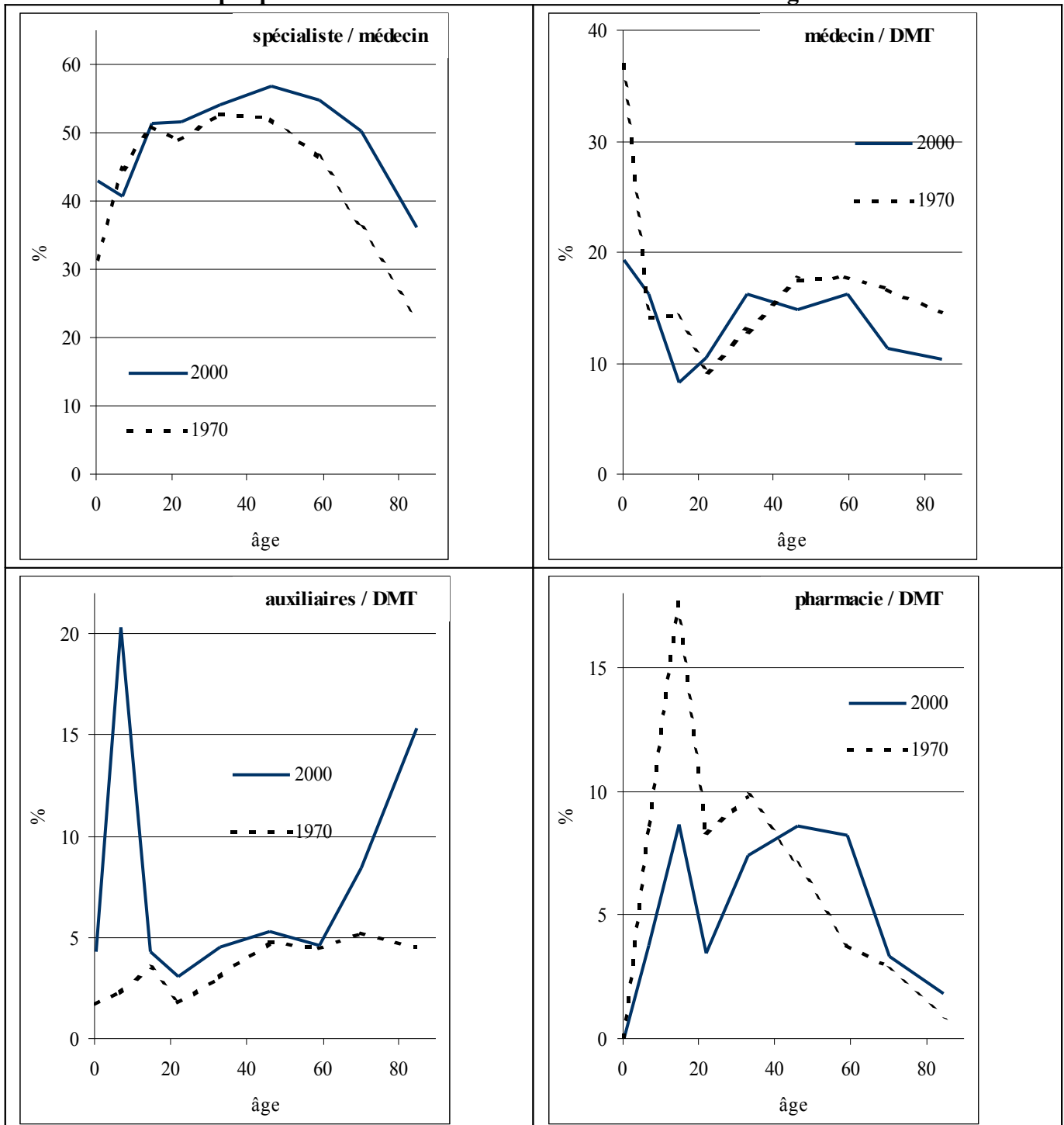
2.3. Les structures de consommations médicales

Compte tenu de ces évolutions des différentes catégories de soins selon l'âge, la structure de la consommation médicale des personnes âgées s'est sensiblement modifiée en 30 ans et s'est éloignée de celle de l'ensemble de la population, prenant un profil spécifique : ainsi, la part des auxiliaires médicaux a fortement augmenté, stable selon l'âge en 1970 (environ 5 % de la consommation médicale), en 2000 elle augmente avec l'âge après 65 ans et dépasse 15 % pour les plus de 79 ans.

Inversement la part des soins de médecins dans la consommation médicale diminue pour tous les âges, et davantage pour les personnes âgées, puisqu'elle passe, entre 1970 et 2000, de 17 % à 15 % avant 65 ans, de 15 % à 10 % après 80 ans. Parmi les soins de médecins, la part des spécialistes a augmenté ;

elle passe de 52 % à 57 % pour la classe d'âge 40-54 ans, et de 23 % à 40 % au delà de 80 ans. De même, la part de la pharmacie dans la dépense médicale totale diminue pour tous les âges, et davantage pour les personnes âgées, 32 % à 25 % entre 40 et 54 ans, 47 % à 24 % après 80 ans.

Graphique 5 : Evolution de la structure des soins selon l'âge en 30 ans



sources : [7], [9]

Diminution accrue de la part des soins de médecins pour les personnes les plus âgées, augmentation accrue de la part des soins d'auxiliaires, la relation entre soins de médecins et soins d'auxiliaires se modifie considérablement : alors que ces derniers représentaient en 1970 environ 25 % de ceux de médecin et ne variaient pratiquement pas avec l'âge, en 2000, ils augmentent après 65 ans, pour atteindre 74 % des soins de médecins de 65 à 79 ans, et dépassent même ces derniers de près de 150 %

(la dépense de soins d'auxiliaires est deux fois et demie plus importante que celle de soins de médecins pour la classe d'âge 80 ans et plus en 2000).

L'hospitalisation enfin prend de plus en plus d'importance dans la consommation médicale des personnes âgées, puisque la part de l'hospitalisation, au-delà de 80 ans, passe de 27 % en 1970 à 42 % en 2000.

CONCLUSION

Sans négliger l'équation personnelle de chacun, son vécu et ses expériences, on constate que, face à la maladie, les comportements sont liés à des caractéristiques plus générales : âge, sexe, milieu social, profession, type de famille, revenu, mode de protection, niveau d'instruction, catégorie de commune, région etc. De toutes ces caractéristiques ce sont l'âge et le sexe qui différencient le plus le recours aux soins, globalement et pour chacune des catégories de soins.

De nombreux facteurs ont concouru à l'augmentation plus rapide de la consommation médicale des personnes âgées au cours des dernières décennies :

- développement des connaissances et des techniques médicales,
- meilleure prise en charge sociale des soins médicaux,
- effet de génération, les personnes ayant pris l'habitude de se soigner depuis l'enfance et la jeunesse continuent de le faire aux grands âges,
- amélioration des conditions de vie,
- augmentation importante de la longévité, entraînant un allongement de la durée des maladies autrefois rapidement mortelles, et donc une augmentation du nombre de maladies par personne.

En même temps que l'augmentation de la consommation médicale, son contenu s'est modifié, les soins techniques et de réhabilitation occupant une plus grande place. La situation sanitaire et sociale des personnes âgées et très âgées s'est modifiée de manière apparemment paradoxale : pour chaque classe d'âge, augmentation du nombre de maladies par personne, et en même temps, diminution des handicaps et des invalidités, vraisemblablement du fait de l'augmentation de la consommation médicale, en particulier des soins de rééducation et de réadaptation fonctionnelle, hospitalisation, soins infirmiers et de kinésithérapie. Cette vie normale rendue possible du fait des soins médicaux (surveillance des paramètres physiques et biologiques, traitements de différentes natures, prévention secondaire,...) a été décrite en premier par le Professeur Henri Péquignot sous le nom de « bonne santé thérapeutique ». A moins d'une forte restriction de l'accès aux soins (insuffisance de l'offre de soins médicaux, diminution du niveau de la protection maladie) ou d'une dégradation des conditions sociales, cette évolution devrait se poursuivre dans les prochaines années, et permettre une amélioration de cet « état de santé thérapeutique ».

Bibliographie succincte

- [1] Auvray L., Dumesnil S., Le Fur Ph., *Santé, soins et protection sociale en 2000*, 2001/12, 194 pages, CREDES N° 1364
- [2] Breuil-Genier P. « La gestion du risque de dépendance : le rôle de la famille, de l'Etat et du secteur privé ? » *Economie et Statistique*, n° 291-292 pp.103-117, 1996.
- [3] Caussat L., Fenina A., Geffroy Y. « Quarante années de dépenses de santé, une rétroprojection des comptes de la santé de 1960 à 2001 » *Etudes et résultats*, n° 243, juin 2003.
- [4] Com-Ruelle L., Dumesnil S., *Concentration des dépenses médicales et grands consommateurs de soins médicaux*, 1999/6, 170 pages, CREDES N° 1269.
- [5] Merlière J., *Qui consomme quoi ? Les remboursements de soins de santé du Régime général en 1992 selon les caractéristiques du bénéficiaire*, Bloc-notes statistique N° 74, 9/2000 Département statistique, Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés.
- [6] Mizrahi An, Mizrahi Ar. *Comment se soigne-t-on en France ?* Paris, PUF, Médecine et société, avril 2003, 128 pages
- [7] Sabourdin M., *Evolution des disparités des dépenses médicales, 1970-1980-1991*, 1997/4, 146 pages, CREDES 1168.
- [8] *The World Health Report 2000 - Health Systems : Improving Performance*. Geneva : WHO, 2000.

Bases de données utilisées

[9] EPAS 2000 (Département statistique de la CNAMTS).

[10] ESPS 2000 (CREDES).

[11] Eco-santé (CREDES - Ministère de la santé et de la solidarité).